第１号様式（第２条・第４条）

受付番号	

介護保険法第 115 条の 32 第２項（整備）又は第４項（区分の変更）に基づく業務管理体制に係る届出書

年　　月　　日

習志野市長　宛て

事業者　名　　称
代表者氏名

このことについて、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

	事業者（法人）番号	A						
１	届出の内容							
	（１）法第115条の32第２項関係（整備）							
	（２）法第115条の32第４項関係（区分の変更）							
２ 事業者	フリガナ 名称							
	住所（主たる事務所の所在地）	（郵便番号　　－　　） 都道府県　　郡市区 （ビルの名称等）						
	連絡先	電話番号		ＦＡＸ番号				
	法人の種別							
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ 氏名		生年月日	年　月　日	
	代表者の住所	（郵便番号　　－　　） 都道府県　　郡市区 （ビルの名称等）						
３ 事業所名称等及び所在地		事業所名称	指定（許可）年月日	介護保険事業所番号（医療機関等コード）	所在地			
		計　カ所						
４ 介護保険法施行規則第140条の40第１項第2号から第４号に基づく届出事項		第２号	法令遵守責任者の氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）	生年月日 年　月　日				
		第３号	業務が法令に適合することを確保するための規程の概要					
		第４号	業務執行の状況の監査の方法の概要					
５ 区分変更	区分変更前行政機関名称、担当部(局)課							
	事業者（法人）番号	A						
	区分変更の理由							
	区分変更後行政機関名称、担当部(局)課							
	区分変更日	年　月　日						

連絡先	所属		メールアドレス		電話番号	
	フリガナ					
	氏名					